

**V. ACTUALIZACIÓN DE DATOS**  
(Cumplimentar únicamente los apartados donde se haya producido variación)

**I. DATOS DE LA PERSONA TITULAR DEL EXPEDIENTE**

|                         |                                |                                 |                                    |                                |
|-------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| Nombre                  | Apellido 1                     |                                 | Apellido 2                         |                                |
| Tipo de identificador   | <input type="checkbox"/> DNI   | <input type="checkbox"/> NIE    | <input type="checkbox"/> Pasaporte | <input type="checkbox"/> Otros |
| Nº Identificador        |                                |                                 |                                    |                                |
| Fecha de nacimiento     | /                              | /                               | País de nacimiento                 |                                |
| Provincia de nacimiento | Municipio de nacimiento        |                                 |                                    |                                |
| Nacionalidad            | Hija/o de                      |                                 |                                    |                                |
| Sexo                    | <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Hombre | Estado civil                       |                                |
| Teléfono 1              | Teléfono 2                     |                                 |                                    |                                |

|   |    |       |                  |        |     |    |    |    |  |
|---|----|-------|------------------|--------|-----|----|----|----|--|
| Dirección Principal (en la que reside habitualmente la persona solicitante) |    |       |                  |        |     |    |    |    |  |
| Provincia   |    |       | Municipio        |        |     |    |    |    |  |
| Tipo Vía  |    |       | Nombre de la Vía |        |     |    |    |    |  |
| <input type="checkbox"/> S/N  | Nº | NºBIS | BI               | Portal | Esc | PI | Pu | Km |  |

**II. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**

|                       |  |  |                                    |                                |
|-----------------------|--|--|------------------------------------|--------------------------------|
| Tipo de representante | <input type="checkbox"/> Representante legal | <input type="checkbox"/> Guardadora de Hecho |                                    |                                |
| Nombre                | Apellido 1                                   |  | Apellido 2                         |                                |
| Tipo de identificador | <input type="checkbox"/> DNI                 | <input type="checkbox"/> NIE                 | <input type="checkbox"/> Pasaporte | <input type="checkbox"/> Otros |
| Nº Identificador      |  |  |                                    |                                |
| Fecha de nacimiento   | /  | /  | Teléfono 1                         | Teléfono 2                     |
| Sexo                  | <input type="checkbox"/> Mujer               | <input type="checkbox"/> Hombre              |                                    |                                |

|  |    |       |                  |        |     |    |    |    |  |
|--|----|-------|------------------|--------|-----|----|----|----|--|
| Dirección a efectos de notificaciones la persona representante |    |       |                  |        |     |    |    |    |  |
| Provincia  |    |       | Municipio        |        |     |    |    |    |  |
| Tipo Vía   |    |       | Nombre de la Vía |        |     |    |    |    |  |
| <input type="checkbox"/> S/N                                   | Nº | NºBIS | BI               | Portal | Esc | PI | Pu | Km |  |

**III. LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN**

|  |  |
|--|--|
| Tipo de notificación:                        |  |
| <input type="checkbox"/> Persona solicitante | <input type="checkbox"/> Persona representante   |
| Marque sólo una opción:                      | <input type="checkbox"/> OPTO porque las notificaciones que proceda practicar se efectúen en dirección postal.<br><input type="checkbox"/> OPTO porque las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Telemáticas (SNT) del Gobierno de Aragón. |

**IV. CAPACIDAD ECONÓMICA DECLARACIÓN RESPONSABLE ÚNICA**

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>Cuenta Bancaria Nº IBAN:</b> |
|                                 |

En la cuenta aportada debe aparecer como titular el solicitante de reconocimiento de la situación de dependencia. Con la firma de esta solicitud se autoriza a que, en su caso, se abonen en este número de cuenta las prestaciones económicas que pudieran ser reconocidas, o se carguen en ella los recibos emitidos por la participación económica en los servicios que le pudieran corresponder.

**IV. PROTECCIÓN DE DATOS**

**Responsable del tratamiento:** Dirección Gerencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IAS).

**Finalidad:** Sus datos de carácter personal serán tratados con el fin exclusivo de la gestión de los procedimientos administrativos para el reconocimiento de la situación de dependencia y el acceso a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia de la Comunidad Autónoma de Aragón

**Legitimación:** La licitud del tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos (conforme con el artículo 6.1.e) del Reglamento General de Protección de Datos). **Destinatarios:** No se comunicarán datos a terceros salvo obligación legal.

**Derechos:** Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, ante el IASS sito en Zaragoza, Paseo María Agustín, 16 o en la dirección de correo

electrónico [ias@aragon.es](mailto:ias@aragon.es) **Más información:** Podrá consultar información adicional y detallada en el Registro de Actividades de Tratamiento de Gobierno de Aragón, [http://aplicaciones.aragon.es/notif\\_lopd\\_pub/](http://aplicaciones.aragon.es/notif_lopd_pub/) identificando la Actividad de Tratamiento "Atención a la dependencia".

## V. DECLARACIÓN RESPONSABLE

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud así como en la documentación que la acompaña, y que conozco mi obligación de comunicar cualquier variación que pudiera producirse en mis circunstancias personales en lo sucesivo.

- Que pondré en conocimiento de los órganos competentes para la gestión del referido procedimiento cualquier cambio que pueda acaecer en el futuro.

- Que autorizo a los siguientes familiares para acceder al expediente:

| Apellido 1 | Apellido 2 | Nombre | DNI/NIE/Pasaporte | Parentesco | Teléfono |
|------------|------------|--------|-------------------|------------|----------|
|            |            |        |                   |            |          |
|            |            |        |                   |            |          |
|            |            |        |                   |            |          |

- Asimismo, ME COMPROMETO a facilitar el acceso al lugar de residencia para el desarrollo de las tareas de valoración y, en su caso, el seguimiento y control de la prestación correspondiente.

- En el caso de actuar como persona guardadora de hecho: que tengo bajo mi guarda y cuidado a la persona para la cual solicito el reconocimiento de dependencia por las razones que a continuación se expresan:

- Edad avanzada de la persona solicitante del reconocimiento de dependencia.
- Disminución capacidad de la persona solicitante del reconocimiento de dependencia.
- Otras razones. Especificarlas:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma de la persona solicitante o Representante

**DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL IASS EN**